



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE

ZAWARCIA UMOW

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W ZAKRESIE

PROGRAMU ORTODONTYCZNEJ OPIEKI NAD DZIEĆMI Z

WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI

NA ROK 2005

WSTĘP

Narodowy Fundusz Zdrowia mając na uwadze kompleksowe leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności dzieci urodzonych z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki zawiera umowy na realizację Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, zwanego dalej Programem.

PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń ortodontycznych dzieciom z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki w wieku do ukończenia 18 roku życia.
2. Do leczenia w ramach Programu, kwalifikowane są dzieci:
 - z całkowitym jedno- i/lub obustronnym rozszczepem podniebienia, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:
 - w okresie przedoperacyjnym: szeroka szczelina, znacznie wysunięta kość przysieczna,
 - w okresie pooperacyjnym: zgryz krzyżowy częściowy boczny łącznie ze zgryzem krzyżowym częściowym przednim lub niedorozwojem przedniego odcinka szczęki u pacjentów Q37,1 oraz obustronny zgryz krzyżowy częściowy boczny u pacjentów Q37,0.
 - z rozszczepem podniebienia pierwotnego obustronnym Q 36.0, pośrodkowym Q 36.1, Q36.9 jednostronnym, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:
 - odwrotny nagryz poziomy pojedynczych siekaczy i zgryz krzyżowy boczny
 - miernie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy i zębów bocznych,
 - znacznie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy, odwrotny nagryz zębów bocznych i zgryz otwarty.
 - u których stwierdzono wady zgryzu zakwalifikowane do 5 stopnia zaburzeń na podstawie wskaźnika okluzyjnego (IOTN) współistniejące z innymi wrodzonymi wadami w obszarze głowy i szyi: zespołem Aperta, zespołem Crouzona, zespołem Downa, zespołem Goldenhara, syndromem Pierre Robin, zespołem obojczykowo-czaszkowym, zespołem Treacher-Collinsa, połowicznym niedorozwojem twarzy, dysplazją ektodermalną, wadami zgryzu u dzieci z porażeniem mózgowym, zespołem długiej

twarży, ankylozą stawów skroniowo-żuchwowych, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:

- zaburzone wyrzynanie zębów (z wyjątkiem zębów trzecich trzonowych) na skutek stłoczeń, przemieszczenia, obecności zębów nadliczbowych, zagłębionych zębów mlecznych i innych przyczyn patologicznych,
- hipodoncja zębów wymagająca odbudowy protetycznej (więcej niż jeden ząb w kwadrancie) i wcześniejszego leczenia ortodontycznego,
- nagryz poziomy przekraczający 9 mm,
- odwrotny nagryz poziomy większy niż 3,5 mm z zaznaczoną niewydolnością mięśni i zaburzeniami mowy,
- rozszczep wargi i podniebienia,
- zagłębione zęby mleczne.

Przedmiot Zamówienia

Przedmiot zamówienia został określony zgodnie z nazwą i kodem określonym we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz.U. WE L 340 z 16.12.2002/ oraz art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz.U.nr 210 poz.2135/ 85131100-7 usługi ortodontyczne

OGÓLNE ZASADY REALIZACJI PROGRAMU ORTODONTYCZNEJ OPIEKI NAD DZIEĆMI Z WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI

Kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń

Program jest realizowany przez wysokospecjalistyczne placówki wyłonione w drodze konkursu ofert lub rokowań, zapewniające kompleksowe leczenie dzieci z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki poprzez współpracę ze specjalistami z zakresu:

- chirurgii plastycznej,
- chirurgii szczękowo – twarzowej,
- foniatrii,
- logopedii.

W ośrodku realizującym Program, musi być zatrudnionych minimum 2 lekarzy specjalistów z dziedziny ortodontacji, w tym jeden z co najmniej 5 letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych, z umiejętnością leczenia aparatami stałymi.

Konsultant Krajowy z dziedziny Ortodontacji może wyrazić zgodę na realizację Programu przez placówkę, w której zatrudniony jest jeden lekarz specjalista ortodonta z co najmniej 5 letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych oraz jeden lekarz w trakcie odbywania stażu specjalizacyjnego z zakresu ortodontacji.

Narodowy Fundusz Zdrowia przy wyborze świadczeniodawców będzie preferować oferentów, którzy przedstawią pozytywną opinię Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Ortodontacji w zakresie udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania.

Warunki udzielania świadczeń

Oferent musi spełniać warunki techniczno-lokalowe określone we właściwych aktach prawnych.

SYSTEM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

Jednostką rozliczeniową dla kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń ortodontycznych udzielanych pacjentom leczonym w ramach Programu jest osobomiesiąc.

Osobomiesiąc jest to stała kwota finansowania za świadczenia udzielone jednemu pacjentowi w ciągu jednego miesiąca, niezależna od ilości i rodzaju udzielonych świadczeń. Kwota ta obejmuje koszty kwalifikacji pacjenta do udziału w Programie, w tym koszty niezbędnych badań dodatkowych, koszty opieki ortodontycznej wraz z niezbędnymi badaniami dodatkowymi (w tym wszelkimi badaniami radiologicznymi), aparatami ortodontycznymi (w tym aparatami stałymi) wraz z wykonaniem technicznym i wszystkimi elementami koniecznymi do wykonania aparatu, uzupełnienia protetycznego ruchomego oraz kosztami leczenia ew. powikłań.

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu nie mogą zostać wykazane do rozliczenia finansowego w ramach innej umowy.

Zakres Programu uwzględnia:

- przedoperacyjne kształtowanie szczęki u niemowląt płytką podniebienną,
- korektę zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami stałymi,
- leczenie retencyjne,
- uzupełnienie braków zębowych protezami ruchomymi.

Sprawozdawczość

Warunkiem finansowania świadczeń będących przedmiotem umowy jest comiesięczne przekazywanie przez świadczeniodawców listy pacjentów objętych Programem (stanowiącym załącznik Nr 3 do umowy) oraz przekazywanie comiesięcznych sprawozdań z realizacji Programu, zgodnie z załącznikiem sprawozdawczym (stanowiącym załącznik Nr 4 do umowy) w wersji pisemnej oraz elektronicznej określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Świadczeniodawca obowiązany jest poinformować przedstawiciela prawnego każdego pacjenta przyjętego do leczenia w ramach Programu o konieczności dokonania wyboru placówki prowadzącej leczenie ortodontyczne.

Wybór placówki potwierdzony jest oświadczeniem woli złożonym przez przedstawiciela prawnego pacjenta przyjętego do leczenia w ramach Programu. Oświadczenie, o którym mowa składane jest na formularzu - (wzór oświadczenia stanowi załącznik Nr 5 do umowy).

Świadczeniodawca ma obowiązek każdorazowego sprawdzania poprawności wypełnienia oświadczenia.

Wypełnione oświadczenia świadczeniodawca przechowuje w wraz z dokumentacją medyczną.